

кашле, иногда икота, слабость, болезненность при пальпации в области подреберья и ригидность мышц передней брюшной стенки.

Рентгенологически определялось высокое стояние купола диафрагмы, малая ее подвижность, небольшое скопление выпота в синусах, иногда содружественная нижнедолевая пневмония. На сегодняшний день большие возможности дает ультразвуковая диагностика, которая позволяет следить за динамикой процесса и эффективностью лечения. При УЗ исследовании определяется наличие в поддиафрагмальном пространстве эконегативного образования округлой формы без выраженной задней стенки и эхопозитивных включений. К лапароскопическому исследованию пришлось прибегнуть только в трех случаях.

Лечение поддиафрагмальных инфильтратов начиналось с консервативных мероприятий: детоксикация, антибиотики широкого спектра действия, диоксидин, метронидозол, димексид внутривенно капельно по 15-20 мл на 400 мл 5% раствора глюкозы, электрофорез с димексидом на соответствующее подреберье. Также применялось УФО и лазерное облучение крови. В более затяжных случаях для усиления антибактериального и рассасывающего действия применяли внутримышечное введение 3 мл бийохинола (1 раз в 3 дня).

У 13 больных воспалительный процесс был купирован в течение 3-4 недель, у 2 больных сформировался поддиафрагмальный абсцесс, потребовавший оперативного лечения. Летальных исходов не было.

Кунцевич В.И., Русин И.В.,  
Крупский Л.И.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ**

/ Гродно /

Ранняя диагностика поддиафрагмальных инфильтратов является одним из важнейших этапов в лечении ограниченных перитонитов. Сформировавшийся поддиафрагмальный абсцесс — это показатель запоздалой диагностики и неэффективности лечения. В связи с глубокой локализацией воспалительных очагов в поддиафрагмальном пространстве клинические симптомы проявляются поздно. Поэтому в диагностике мы использовали комплекс данных: клинические симптомы, ультразвуковую картину, рентгенологическое исследование и лапароскопию.

В клинике общей хирургии ГГМИ за 6 лет (1992 — 1997) наблюдалось 15 случаев поддиафрагмальных инфильтратов. Локализация: слева — 5, справа — 10. Причиной послужили: тупая травма живота — 4, холецистэктомия с холедохoduоанастомозом — 3, резекция желудка по поводу низкой дуоденальной язвы — 1, резекция сигмовидной кишки по поводу перфорации опухоли — 3, деструктивный панкреатит — 4.

Ранними клиническими симптомами были: высокая температура тела, ознобы, боли в верхней половине живота и чувство тяжести в соответствующем подреберье с иррадиацией в грудную клетку, усилением болей при глубоком вдохе и